様式第３号

　鹿沼市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所等用）

　　 年　　月　　日

鹿沼市長　宛

申請者　所在地

事業所名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

　鹿沼市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第５条第２項の規定に基づき、鹿沼市骨髄移植　ドナー支援事業助成金の交付を受けたく、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  | | | | | | | | | |
| ドナー氏名 | |  | | | | | | | | | |
| 対象期間 | | 年　　　月　　　日から  年　　　月　　　日まで　　（うち対象　　　日分） | | | | | | | | | |
| 申請金額 | | 円 | | | 助成金額　　１日１０，０００円  　　　　　　（上限７日） | | | | | | |
| 振　込　先 | 金融機関 | 銀行 ・ 信用組合　　　　　　　　　本店 ・ 支店  　　　　　　 　　　農協 ・ 信用金庫　　　　　　　　　支所 ・ 出張所 | | | | | | | | | |
| 預金種別 | １普通 　２当座 | 口座番号 |  | |  |  |  |  |  |  |
| (フリガナ)  口座名義 |  | | | | | | | | | |

（添付書類）

（１）ドナーとの雇用関係が確認できる書類